

小西医療器(株) ペースメーカー・ICD用品の購入のご案内

ご購入申込について

① 郵送でお申し込みされる場合

右面のご購入申込書に必要事項をご記入の上、
右面下に記載しております代理店へご郵送下さい。

② 電話でお申し込みされる場合

フリーダイヤル **0120-100-546**
小西医療器MGベスト受付係までお電話下さい。

③ FAXでお申し込みされる場合

右面のご購入申込書に必要事項をご記入の上、
06-6941-9051 までFAX願います。

※送信の際、表と裏を間違えないようご注意ください。

お支払い方法

代引(現金引き換え)

製品引き取りの際に配送業者に直接お支払下さい。
(商品名は「衣料品」とします)

製品のお届け

- ・お申し込み受付後、1週間前後でお届けします。
- ・在庫切れで遅れる場合は、ご連絡いたします。
- ・別注の場合は、通常よりお時間を頂きます。

製品のお取り替え

お届け製品のサイズやペースメーカー・ICDの位置
が合わない場合は、販売店までご連絡ください。

製品の返品

- ・お取り替え以外の返品は商品到着後7日以内
にお電話またはFAXにてご連絡ください。
- ・ご使用後の製品の返品はご容赦ください。
- ・返品料はお客様ご負担となります。(不良品・
お申し込み製品とお届け製品の間違いの場合
は、当社負担とします)

ご購入申込書記入例

下記の販売店へお電話、または下記の申込書にご記入の上、FAXもしくは郵送でお申し込み下さい。
FAX(0725-53-5337または0725-53-5331)送信の際は、表裏をお間違えのないようご注意ください。

ペースメーカー・ICD用品購入申込書						
このカタログをご紹介いただいた機関名						
ご紹介機関	ID No.					
	申込年月日 2015年 2 月 1 日					
■ご購入予定者情報						
フリガナ	メディカル・エイドカブシキライシャ メディカルジロウ					
社名	メディカル・エイド株式会社					
TEL	(0000) 0000 - 0000					
FAX	(0000) 0000 - 0000					
E-mail	XXXX @ XXXX					
※FAX・E-mail 送付可能な方のみ記入して下さい。						
お申込者 (本人でのお申し込みが可能です)	担当部署 () 担当者名 (メディカルジロウ)					
〒594-1144	大阪府堺市和泉市テクノステージ3-1-11					
大阪府堺市和泉市	商品ご使用との関係 <input type="checkbox"/> 印を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 代客者・役員 <input type="checkbox"/> その他					
フリガナ	メディカル 花子					
社名	TEL (0000) 0000 - 0000					
〒594-1144						
大阪府堺市和泉市						
■ご購入申し込み内容 (商品パンフレットで内容を確認して下さい)						
商品コード	商品名	商品単価	色・検査	サイズ	数量	金額
MGPE01-L	FMGエプロン (ペースメーカー左胸部用)	¥17,000	ピンク	フリーサイズ	1	18,360
MGPE01-R	FMGエプロン (ペースメーカー右胸部用)	¥17,000	ピンク	フリーサイズ	1	18,360
MGPE01-C	FMGエプロン (ペースメーカーその他の部位用)	¥17,000	ピンク	フリーサイズ	1	18,360
MGPE01-E	FMGエプロン (ペースメーカーその他の部位用)	¥17,000	ピンク	フリーサイズ	1	18,360
MGPE01-L	FMGベスト (1年保証 (ペースメーカー左胸部用))	¥36,000	シルバー	S-M-L-LL	1	38,880
MGPE01-R	FMGベスト (1年保証 (ペースメーカー右胸部用))	¥36,000	シルバー	S-M-L-LL	1	38,880
MGPE01-C	FMGベスト (1年保証 (ペースメーカーその他の部位用))	¥36,000	シルバー	S-M-L-LL	1	38,880
MGPE01-E	FMGベスト (1年保証 (ペースメーカーその他の部位用))	¥36,000	シルバー	S-M-L-LL	1	38,880
MGPE01-L	FMGベスト (2年保証 (ペースメーカー左胸部用))	¥52,000	シルバー	S-M-L-LL	1	55,360
MGPE01-R	FMGベスト (2年保証 (ペースメーカー右胸部用))	¥52,000	シルバー	S-M-L-LL	1	55,360
MGPE01-C	FMGベスト (2年保証 (ペースメーカーその他の部位用))	¥52,000	シルバー	S-M-L-LL	1	55,360
MGPE01-E	FMGベスト (2年保証 (ペースメーカーその他の部位用))	¥52,000	シルバー	S-M-L-LL	1	55,360
MGPE01-L	FMGベスト (3年保証 (ペースメーカー左胸部用))	¥75,000	シルバー	S-M-L-LL	1	79,560
MGPE01-R	FMGベスト (3年保証 (ペースメーカー右胸部用))	¥75,000	シルバー	S-M-L-LL	1	79,560
MGPE01-C	FMGベスト (3年保証 (ペースメーカーその他の部位用))	¥75,000	シルバー	S-M-L-LL	1	79,560
MGPE01-E	FMGベスト (3年保証 (ペースメーカーその他の部位用))	¥75,000	シルバー	S-M-L-LL	1	79,560
MGPE01-L	FMGベスト (4年保証 (ペースメーカー左胸部用))	¥130,000	シルバー	S-M-L-LL	1	138,800
MGPE01-R	FMGベスト (4年保証 (ペースメーカー右胸部用))	¥130,000	シルバー	S-M-L-LL	1	138,800
MGPE01-C	FMGベスト (4年保証 (ペースメーカーその他の部位用))	¥130,000	シルバー	S-M-L-LL	1	138,800
MGPE01-E	FMGベスト (4年保証 (ペースメーカーその他の部位用))	¥130,000	シルバー	S-M-L-LL	1	138,800
PMFAD-01	PMFAD (ペースメーカー用保護パッド)	¥3,800	ベージュ	-	-	-
商品代金合計 (送料込み)						
■お支払い方法・到着希望日時						
お支払い方法 (お支払い方法は必ずお選び下さい。)	<input type="checkbox"/> 販売店店頭にて発注時または納品時に現金支払い <input checked="" type="checkbox"/> 代金引換 ※商品が到着した際に宅配業者にお支払い下さい。 ※ご購入額1万円未満は代引手数料が必要となります。					
到着希望曜日	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土日祝日					
到着希望時間	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後					
■個人情報保護に関するご案内						
お客様が安全にご使用いただけますよう、防護衣の性能有効期間を弊社及び製造元(メディカル・エイド株式会社)にて管理させていただきます。お客様の情報も製造元(メディカル・エイド)へ提供してまいります。						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
また今後、製造メーカーより新製品やペースメーカー生活情報、アンケートをお送りしてもよろしいでしょうか。 (必ずお答え下さい。ご希望の方法連絡先をお知らせ下さい。) なお、ご希望の記入がない場合は、今後情報をお送りしますが、いつかお送付の停止が可能です。						
■情報の送付を ()希望する ()希望しない ()希望の連絡方法 ()電話 ()郵送 ()FAX ()E-mail						
いただきました個人情報については厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。						

品質保証

■品質保証期間

品質保証期間はお買い上げ日から2年間(1年保証の商品は1年間)です。

■品質保証期間中の無料交換

取扱説明書等の注意に従った使用方法で保証期間内に品質(取扱書等に記載されている素材における電磁遮蔽性能)を保持できなかった場合には、無料交換をいたします。

■品質保証期間経過後の修理・交換

品質保証期間過ぎましたら、修理・交換は有料となります。

■有償修理

保証書に記載しております規定により、保証期間内でも有料修理となる場合があります。

■製品の保証期限のご案内

ご購入後2年以上(1年保証の商品は1年以上)経過しますと製品の品質が徐々に低下してきます。
ご購入2年後(1年保証の商品は1年後)、メーカーより製品保証期間終了のご案内をいたします。
※詳しくは製品購入の際に添付しております、品質保証書をご覧ください。

下記の販売店へお電話、または下記の申込書にご記入の上、FAXもしくは郵送でお申込下さい。
FAX送信の際は、表裏をお間違えのないようご注意ください。

ペースメーカー・ICD用品購入申込書

このカタログをご紹介いただいた機関名

ご紹介機関	
-------	--

ID No.	
申込年月日	年 月 日

■ご購入予定者様情報

お申込者 〔法人でのお申し込み可能です〕	フリガナ		TEL	() -	
	社名	担当部署 () 担当者名 ()	FAX *	() -	
	ご住所	都道府県	E-mail *	@	
	* FAX・E-mail は利用可能な方のみ記入して下さい。				
商品ご使用者との関係		○印を付けて下さい。→	<input type="checkbox"/> 従業員	<input type="checkbox"/> 代表者・役員	<input type="checkbox"/> その他
商品送付先 〔お申込者と同じ場合は「同上」とご記入下さい〕	フリガナ		TEL	() -	
	社名				
	ご住所	都道府県			

■ご購入申し込み内容（商品パンフレットで内容を確認して下さい）色・機器(ペースメーカー・ICD)・サイズ↓を選び○を付けて下さい

商品コード	商 品 名	商品単価	色・機器	サイズ	数量	金 額
MGAPMD-01L	「MGエプロン」（ペースメーカー左胸部用）	本体価格 ￥17,000 +税	ピンク・オリーブ	フリーサイズ		円
MGAPMD-01R	「MGエプロン」（ペースメーカー右胸部用）	本体価格 ￥17,000 +税	ピンク・オリーブ	フリーサイズ		円
MGAPMD-01X	「MGエプロン」（ペースメーカーその他の部位用）	本体価格 ￥17,000 +税	ピンク・オリーブ	フリーサイズ		円
MGAPMK-01	着替え用エプロン〔上記ペースメーカー位置（EMSパッドなし）〕	本体価格 ￥6,000 +税	ピンク・オリーブ	フリーサイズ		円
MGVPMD-01L	「MGベスト」1年保証（ペースメーカー左胸部用）	本体価格 ￥36,000 +税	シルバー	S・M・L・LL		円
MGVPMD-01R	「MGベスト」1年保証（ペースメーカー右胸部用）	本体価格 ￥36,000 +税	シルバー	S・M・L・LL		円
MGVPMK-01X	「MGベスト」1年保証（ペースメーカーその他の部位用）	本体価格 ￥36,000 +税	シルバー	S・M・L・LL		円
MGVPMD-02L	「MGベスト」2年保証（ペースメーカー左胸部用）	本体価格 ￥62,000 +税	シルバー	S・M・L・LL		円
MGVPMD-02R	「MGベスト」2年保証（ペースメーカー右胸部用）	本体価格 ￥62,000 +税	シルバー	S・M・L・LL		円
MGVPMK-02X	「MGベスト」2年保証（ペースメーカーその他の部位用）	本体価格 ￥62,000 +税	シルバー	S・M・L・LL		円
MGVPMD-01	着替え用ベスト〔上記ペースメーカー位置（EMSパッドなし）〕	本体価格 ￥26,000 +税	シルバー	S・M・L・LL		円
MGWPMD-01L	「MGワークベスト」（ペースメーカー左胸部用）	本体価格 ￥75,000 +税	カーキ・ネイビー	フリーサイズ		円
MGWPMD-01R	「MGワークベスト」（ペースメーカー右胸部用）	本体価格 ￥75,000 +税	カーキ・ネイビー	フリーサイズ		円
MGWPMD-01X	「MGワークベスト」（ペースメーカーその他の部位用）	本体価格 ￥75,000 +税	カーキ・ネイビー	フリーサイズ		円
MGWEXD-01L	「MGワークベストEX」（ペースメーカー左胸部用）	本体価格 ￥130,000 +税	カーキ・ネイビー	フリーサイズ		円
MGWEXD-01R	「MGワークベストEX」（ペースメーカー右胸部用）	本体価格 ￥130,000 +税	カーキ・ネイビー	フリーサイズ		円
MGWEXD-01X	「MGワークベストEX」（ペースメーカーその他の部位用）	本体価格 ￥130,000 +税	カーキ・ネイビー	フリーサイズ		円
PMPAD-01	P Mパッド（ペースメーカー植込み部保護パッド）	本体価格 ￥3,800 +税	ベージュ	-		円
商品代金合計（送料込み）						円

■お支払い方法・到着希望日時

お支払い方法 〔お支払い方法は必ずお選び下さい〕	<input type="checkbox"/> 販売店店頭にて発注時または納品時に現金支払い <input type="checkbox"/> 代金引換 ※商品が到着した際に宅配業者にお支払い下さい。 ※ご購入額1万円未満は代引手数料が必要となります。
到着希望曜日	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 土日祝日
到着希望時間	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
備 考	

■個人情報保護に関するご案内

お客様が安全にご使用いただけますように防護衣の性能有効期間を弊社及び製造元（メディカル・エイド株式会社）にて管理させていただきます。お客様の情報を製造元（メディカル・エイド）へ提供してもよろしいでしょうか。

☐はい ☐いいえ

また今後、製造メーカーより新製品やペースメーカー生活情報、アンケートをお送りしてもよろしいでしょうか。いずれかに○印を付けて下さい。（ご希望の方は連絡方法もお選び下さい。）なお、○印のご記入がない場合、今後情報をお送りしますが、いつでも送付の停止が可能です。

●情報の送付を（☐希望する ☐希望しない） ←情報の連絡方法（☐電話 ☐郵送 ☐FAX ☐E-mail）

いただきました個人情報については厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

代 理 店

〒540-0038大阪市中央区内淡路町2丁目1番5号

小西医療器株式会社 ホームページ <http://www.kns-md.co.jp/>

フリーダイヤル 0120-100-546 FAX: 06-6941-9051

販 売 店